

Vereinbarung über eine gewünschte Privatbehandlung

Glaukomscreening zur Früherkennung des Grünen Stars



Name und Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	Datum der Vereinbarung

Information und Behandlungswunsch

Das Glaukomscreening ist eine ärztliche Untersuchung zur Früherkennung des Grünen Stars (Glaukom) bei Personen ohne bereits festgestelltes Glaukom und ohne begründeten Krankheitsverdacht. Es dient dazu, das individuelle Glaukomrisiko einzuschätzen und Hinweise auf ein bislang unentdecktes Glaukom zu erkennen. Ein unauffälliger Befund schließt ein Glaukom nicht mit letzter Sicherheit aus.

Bei einem begründeten Glaukomverdacht gehört die medizinisch notwendige Abklärung zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung. Vor der Vereinbarung einer Selbstzahlerleistung ist daher ärztlich zu klären, ob eine entsprechende Indikation vorliegt.

Bitte Ankreuzen

- ☐ Ich wünsche die nachfolgend aufgeführten Leistungen als Selbstzahlerleistung. Mir ist bekannt, dass ich die Kosten selbst trage und eine Erstattung durch meine Krankenversicherung oder Beihilfestelle nicht zugesichert ist. Die Abrechnung erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte GOÄ. Berechnet werden nur die tatsächlich erbrachten Leistungen.

Voraussichtliche Leistungen und Kosten

GOÄ Nr	Leistung	Faktor	Betrag
1	Beratung	2,3	10,72 €
1200	Subjektive Refraktionsbestimmung mit sphärischen Gläsern	2,3	7,91 €
1202	Objektive Refraktionsbestimmung mittels Skiaskopie oder Refraktometer	2,3	9,92 €
1240	Spaltlampenmikroskopie der vorderen und mittleren Augenabschnitte	2,3	9,92 €
1256	Tonometrische Untersuchung mittels Applanationstonometer	1,8	10,49 €
A 410	Optische Messung der Hornhautdicke analog Nr. 410 gemäß § 6 Abs. 2 GOÄ	1,8	20,98 €
Voraussichtlicher Gesamtbetrag			69,94 €

Bei einer Änderung des Untersuchungsumfangs werde ich vor der Durchführung über die voraussichtlichen Mehrkosten informiert.

Einwilligung

Ich hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen. Ich wünsche die oben bezeichnete Privatbehandlung und willige in ihre Durchführung ein. Eine Ausfertigung dieser Vereinbarung wurde mir angeboten.

Datum und Unterschrift Patientin oder Patient

Datum und Unterschrift Ärztin oder Arzt